



# Taquicardia ventricular fascicular posterior izquierda en corazón estructuralmente normal

## *Left posterior fascicular ventricular tachycardia in a structural normal heart*

Geovedy Martínez García<sup>I</sup>, Nadia Sánchez Torres<sup>II</sup>, Alexei Suárez Rivero<sup>II</sup> y Roberto Álvarez Tamayo<sup>I</sup>

<sup>I</sup> Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana, Cuba.

Correspondencia: Dr. Geovedy Martínez García. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay, La Habana, Cuba. Correo electrónico: [geocardio@gmail.com](mailto:geocardio@gmail.com)

Paciente masculino, 19 años de edad, saludable hasta hace un año, que ingresa en el hospital de su provincia con el diagnóstico presuntivo de miocarditis viral, del cual egresó sin secuelas aparentes.

A partir de ese ingreso comenzó con taquicardias súbitas, que aparecían tanto en esfuerzo como en reposo, con una duración de entre 30 segundos a una hora y que desaparecían al pujar o al administrar verapamilo endovenoso.

Es remitido en el mes de noviembre del 2009 al cuerpo de guardia del hospital por palpitaciones, siendo medicado en el área de salud con 0,50 mg de digoxina endovenosa. Al examen físico se constató ritmo cardíaco con frecuencia de 146 latidos/minuto.

El ECG mostró taquicardia regular, con QRS de 120 mseg, eje eléctrico a la izquierda, patrón de bloqueo de rama derecha y ausencia de onda P (figura 1). En la sala de emergencia interpretan el ECG como taquicardia supraventricular y deciden imponer tratamiento con verapamilo 10 mg. endovenoso, sin lograr llevar a ritmo sinusal hasta 6 horas después.

Al ingresar en la Sala de Cardiología el paciente se encontraba asintomático, al realizarle ECG (figura 2) se observó ritmo sinusal con frecuencia de 70 lpm., eje eléctrico a la derecha, QRS de 60 mseg. y bloqueo auriculoventricular de primer grado (PR = 280 mseg.).

Teniendo en cuenta que en la taquicardia cambió el eje eléctrico con respecto al ECG sinusal; y que en la misma existe eje a la izquierda con bloqueo de rama derecha, se concluye que el paciente presenta una taquicardia ventricular fascicular posterior izquierda. Se realizó ecocar-

diograma que no informa alteraciones estructurales.

Aunque esta taquicardia es poco frecuente, casi siempre es confundida con arritmias supraventriculares por lo que es importante que sea reconocida para indicar un tratamiento farmacológico efectivo. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con 240 mg. verapamilo oral/día.



Figura 1. ECG de 12 derivaciones a la llegada del paciente al Cuerpo de Guardia.

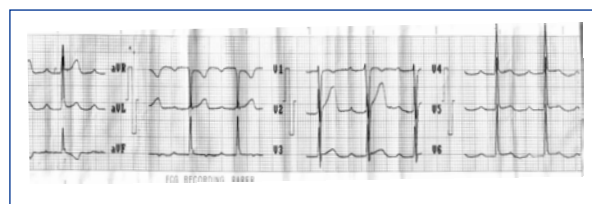


Figura 2. ECG luego de medicado el paciente.

Recibido: 22 de agosto del 2011.

Aceptado: 3 de noviembre del 2011.